Lane Medical Library

Über die durch appendikuläre Pelveoperitonitis hervorgerufenen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Leopold Wien
prakt. Arzt aus Kiel.

Tag der Promotion: 13. März 1909.

Berlin 1909.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Bumm.**

Meinen Eltern

zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberdiedurchappe0000leop

Wenngleich schon vor langen Jahren von Chirurgen auf die Zweckmäßigkeit der operativen Behandlung der Erkrankungen des Wurmfortsatzes hingewiesen ist [so sagte z.B. Mélier[1]) 1827: „s'il était en effet possible, d'établir d'une manière certaine, positive le diagnostic de ces affections, et qu'elles fussent toujours bien circonscrites, on concevrait la possibilité, d'en débarrasser les malades, au moyen d'une opération; on arrivera peut-être un jour à ce résultat], so ist doch erst in den beiden letzten Jahrzehnten dieser Gedanke in die Tat umge-

[1]) Mélier, Mémoire et observation sur quelques maladies de l'appendicitis coecale. Journ. gén. de méd. et de chir. française et étrang. 1827 C.

setzt worden. Der Umstand, daß seit dieser Zeit nicht nur außerordentlich zahlreiche Appendicitis-Operationen, darunter viele im Beginn der Erkrankung, vorgenommen sind, sondern auch daß die entfernten Wurmfortsätze vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus genau untersucht wurden, hat uns erst, wenn auch noch nicht in allen, so doch in den hauptsächlichsten Punkten Aufklärung über das Wesen dieser so überaus wichtigen und so häufig vorkommenden Erkrankung gebracht. Durch die vielen in vivo vorgenommenen Autopsien ist auch erst die Aufmerksamkeit auf zahlreiche, durch Appendicitis hervorgerufene Komplikationen hingelenkt worden, so besonders bei dem weiblichen Geschlecht auf die durch Entzündung des Wurmfortsatzes und seiner Umgebung verursachten Erkrankungen der Genitalien.

Nachdem in zahlreichen Fällen Entzündungen der Tuben und der Ovarien einwandfrei als

von Appendicitis herrührend festgestellt worden waren, hat man sich bemüht, eine Erklärung für die Fortleitung des Krankheitsprozesses zu finden. Die älteren Forscher, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben, haben ausnahmslos das Ligamentum appendiculo-ovaricum dafür verantwortlich gemacht, ein Band, das nicht nur eine anatomische Verbindung zwischen Processus vermiformis und Adnexen, sondern auch eine Verbindung der beiderseitigen Lymphgefäßsysteme herstellen sollte. Dieses Band sollte auch die Ursache sein, daß appendicitische Erkrankungen beim Weibe erheblich seltener seien als beim Manne; man nahm an, daß, falls Entzündungserreger in die Appendix hineingelangt wären, sie auf dem Wege des Lymphstromes leichter eliminiert und unschädlich gemacht würden. Ältere Statistiker gaben allerdings das Verhältnis von 40 : 60 an, nach neueren Forschungen ist indessen die Häufigkeit der Erkrankung bei beiden Geschlechtern

gleich: so hatte Rotter[2]) im Jahre 1900 199 männliche, 172 weibliche Appendicitis-Patienten, bei Intervalloperationen 42 Männer, 41 Frauen.

Eine solche Verbindung würde auf leichteste und bequemste Weise die Fortleitung der Appendicitis auf die Adnexe erklären, indessen schon Waldeyer[3]) sagt von dem Ligamentum appendiculo-ovaricum, daß es nichts anderes sei als das Ligamentum suspensorium ovarii mit seinem Bauchfellüberzug, und neuere Forscher wie Barnsby[4]) bestreiten sogar die Existenz eines solchen Bandes ganz und gar, ebenso wie eine Verbindung der Lymphgefäße des Wurmfortsatzes mit denen der Adnexe.

Man hat nun eine abnorme Länge des

[2]) Rotter, Zur Pathologie und Therapie der Douglasabszesse bei Perityphlitis. Deutsche medizin. Wochenschrift 1900, Nr. 39, 40.

[3]) Waldeyer, Das Becken. S. 530, Anm. 1.

[4]) Barnsby, Über Appendicitis adnexiellen Ursprungs. Zentralblatt f. Gynäkologie 1899, S. 399.

Processus vermiformis und das Hinabreichen bis in das kleine Becken verantwortlich gemacht für das Zustandekommen von Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane nach Appendicitis. So sagt Sprengel[5]): „Als die häufigste Lagerung des Wurmfortsatzes muß die angesehen werden, bei welcher er nach innen und etwas nach unten verläuft, so daß er mit dem blinden Ende über den Rand des kleinen Beckens herabhängt. Diese Tatsache ist um so mehr festzuhalten, als sie in befriedigender Weise erklärt, warum bei der Erkrankung des Processus vermiformis die Abszedierung sich nicht selten auf das kleine Becken erstreckt oder in demselben beginnt und an den hier gelegenen Organen (Blase, Mastdarm, Uterus, Ovarien) gewisse charakteristische Symptome hervorruft."

Indessen ist diese abnorme Länge und die Lage der Appendix keine notwendige Vorbe-

[5]) Sprengel, Appendicitis. Deutsche Chirurgie, Lieferung 46a. Stuttgart 1906.

dingung für das Zustandekommen von Beckenabszessen.

Rotter[6]) fand bei solchen den Wurmfortsatz manchmal auf der Beckenschaufel liegend, manchmal aber auch hoch oben auf die Hinterseite des Coecum geschlagen. Das Infektionsmaterial kann also auch aus größerer Entfernung gekommen sein: es wird bei der Perforation der Appendix in den freien Bauchraum geschleudert, läuft durch seine Schwere auf den Grund des Douglasschen Raumes und erzeugt dort eine sich abkapselnde Pelveoperitonitis und einen Abszeß. Noch auf eine andere Weise kann nach Rotter[6]) die Bildung eines Abszesses zustande kommen: es kann sich bei Appendicitis ein freier, serös-blutiger Erguß als Zeichen allgemeiner, peritonitischer Reizung in der Bauchhöhle bilden: dieser Erguß kann, nachdem er

[6]) Rotter, Zur Pathologie und Therapie der Douglasabszesse bei Perityphlitis. Deutsche medizin. Wochenschrift 1900, Nr. 39, 40.

sich gesenkt und abgekapselt hat, noch nachträglich vom primären Herd oder vom Darm aus infiziert und eitrig werden.

Was die Häufigkeit dieser postappendicitischen Eiterungen im Douglasschen Raum anbetrifft, so sind sie durchaus nicht so selten; Rotter[6]) fand z. B. in einem Drittel aller Fälle, bei denen es überhaupt zur Eiterung gekommen war, Abszesse im Douglasschen Raum.

In welcher Weise werden nun durch derartige Erkrankungen bei Entzündung des Processus vermiformis die weiblichen Genitalorgane in Mitleidenschaft gezogen? Zunächst durch die Verwachsungen, die sich nach jedem eiterigen Prozeß in der Bauchhöhle einzustellen und bei Abszessen im kleinen Becken mit Vorliebe die Adnexe zu befallen pflegen. Der Grad der Verwachsungen ist natürlich je nach der Intensität des vorausgegangenen peritonitischen Prozesses verschieden: in einigen Fällen finden sich nur geringe, unbedeutende Adhä-

sionen, in anderen feste Verklebungen der Tube und des Ovariums mit Verschluß der Fimbrien. Direkte Verwachsungen der Appendix mit den Adnexen sind nach Pankow[7]) selten; „vielmehr sind“, wie er sagt, „isolierte Adhäsionsbildungen um die Appendix oder die Genitalorgane oder pelveo-peritonitische Verwachsungen bei makroskopisch völlig unverändertem mobilen Wurmfortsatz das gewöhnliche Bild“.

Solche Verwachsungen können für die davon Betroffenen die Ursache schwerer Leiden sein. Die ursprüngliche Erkrankung, die Entzündung des Wurmfortsatzes, kann längst abgeheilt, kann unerkannt verlaufen sein, wie es bei Kindern, aber auch bei erwachsenen Personen weiblichen Geschlechts gar nicht so selten vorkommt: sind nun Adhäsionen der Adnexe zurückgeblieben, so treten besonders zur Zeit der Menstruation

[7]) Pankow, Die Appendicitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 13, 1908, S. 70.

die größten Beschwerden hervor: starke Schmerzen, manchmal beiderseits, längere Dauer der Menstruation und stärkere Blutung, kurz die Erscheinungen der Dysmenorrhöe. Das Leiden kann zuweilen einen derartigen Grad annehmen, daß den daran Erkrankten das Leben in höchstem Maße verbittert wird. Und nicht immer wird es möglich sein, die richtige Diagnose zu stellen, zumal wenn die Anamnese im Stich läßt; sehr oft bringt erst die vorgenommene Operation Klarheit über die eigentliche Krankheitsursache.

Sind die Verwachsungen beiderseitig, und haben sie einen solchen Grad erreicht, daß durch sie die Tuben völlig abgeschnürt werden, so stellen sich nicht nur die stärksten dysmenorrhoischen Beschwerden ein, sondern es tritt auch auf rein mechanischem Wege, ohne daß Tube oder Ovarium irgendwie erkrankt sind, Sterilität ein. Daß eine solche sich auf operativem Wege beheben läßt, zeigt in schöner

Weise der von Pankow[8]) veröffentlichte Fall Fr. M.: dort erfolgte 6 Monate nach vorgenommener Operation die Geburt eines gesunden Kindes.

In den vorstehenden Ausführungen war bisher nur die Rede von krankhaften Erscheinungen, die infolge von Verwachsungen der Adnexe nach appendikulärer Pelveoperitonitis auftreten, während Tube und Ovarium an und für sich intakt sind. Durch die Ernährungsstörungen der Tubenwände, wenn dieselben in Verwachsungen einbezogen und von Eiter umspült sind, kann es aber auch zu Epitheldefekten und Arrosionen der Tubenmucosa und damit zu einer Erkrankung der Organe selbst kommen. Je nach der Schwere der Infektion entsteht dann entweder eine hämorrhagisch-seröse oder eine eitrige Salpingitis. Am schwersten können

[8]) Pankow, Die Appendicitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 13, 1908, S. 78.

die Adnexe leiden, wenn ein periappendikulärer Abszeß die Tubenwand durchbricht und seinen jauchig-eitrigen Inhalt in die Tube ergießt. „In der Regel scheint aber", wie Aschoff[9]) sagt, „die fortgeleitete Appendicitis an den Schleimhäuten der Adnexe nur das Bild der leukozytären, nicht aber das Bild der plasmozellulären Exsudation hervorzurufen. Dementsprechend ist auch die Prognose dieser Erkrankungen: es tritt wohl fast immer nach Behebung des Grundleidens eine völlige Restitutio ad integrum ein, ganz im Gegensatz zu den gonorrhoischen Erkrankungen dieser Organe."

Von schwerwiegender Bedeutung ist das Auftreten von Appendicitis zur Zeit der Gravidität: es kommt dies nach den Beobachtungen der letzten Jahre garnicht so selten vor. Durch das gleichzeitige Bestehen einer Schwangerschaft verschlechtert sich die Prognose für die

[9]) Aschoff, Die Wurmfortsatzentzündung. Jena 1908. S. 108.

Mütter sehr: es sterben nach Rosner[10]) 59 Proz.. Heaton[10]) 50 Proz.. Abrahams[10]) 53 Proz.: letzterer gibt die Mortalität der Kinder auf annähernd 100 Proz. an.

Diese Zahlen gelten allerdings wohl nur in den Fällen, in denen es zu einer Eiterung nach einer Entzündung des Wurmfortsatzes gekommen ist. Tritt die Appendicitis in der Schwangerschaft akut auf, und wird die Appendektomie gemacht, ehe es zu einer Perforation gekommen ist, so ist die Prognose sowohl für die Mutter als auch für die Frucht recht günstig.

Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn es zur Perforation und zur Abszeßbildung gekommen ist. Der Abszeß kann sich sowohl im Douglasschen Raum als auch auf der Darmbeinschaufel befinden. In der Regel kommt nach dem vierten Schwangerschaftsmonate eine Senkung des Eiters in den Douglasschen

[10]) Sprengel, Appendicitis. Deutsche Chirurgie, Lieferung 46a, S. 507.

Raum nicht mehr vor. in einzelnen Fällen ist indessen selbst in der letzten Zeit der Gravidität ein Douglas-Abszeß beobachtet worden. Rotter ist der Ansicht. daß fast immer die peritonitische, ex perityphlitide entstandene Eiterung sich in die Tube und in den Uterus fortsetzt und dann einen septischen Abort erzeugt. Sitzt der Abszeß auf der Darmbeinschaufel. so bildet gewöhnlich der Uterus die eine Wand des Abszesses: es kommt dann leicht zu einer Durchsetzung der Uterusmuskulatur mit Eiterherden, Infektion der Fruchthöhle. Absterben der Frucht und Abort. Durch die mit letzterem verbundenen Kontraktionen des Uterus und durch die plötzliche Verkleinerung des Organs werden die Verwachsungen gelöst, und der Eiter tritt in die Bauchhöhle. dort eine meist tödlich verlaufende. diffuse Peritonitis erzeugend. Die Therapie kann in solchen Fällen natürlich nur eine operative sein: sobald mit Sicherheit ein Abszeß festgestellt ist. Eröffnung desselben.

dann möglichst schleunige Entleerung des Uterus, ohne Rücksicht auf den Fötus, der doch fast immer verloren ist.

Ich lasse nun vier in der Klinik des Herrn Professors Dr. Rotter beobachtete Fälle von Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane nach Appendicitis folgen:

I. Frl. A. P., 17 Jahre alt, aufgenommen 5. XII. 06, entlassen 17. III. 07.

Anamnese. Patientin wurde vor 6 Wochen in Kassel wegen Appendicitis operiert. Nach anfänglich gutem Verlauf trat Fieber ein, worauf die Wunde, in der man einen Abszeß vermutete, zum Teil geöffnet und drainiert wurde. Fieber bestand fort, bis ein Douglas-Abszeß konstatiert und von der Vagina aus eröffnet wurde. Das Fieber fiel ab und blieb unten, abgesehen von einigen, durch unvollkommenen Abfluß bedingten Erhöhungen, so daß Patientin zwecks völliger Erholung nach Berlin transportiert werden konnte.

9. XII. Patientin steht auf. 19. XII. Seit vier Tagen wieder Temperaturen um 39° herum. Links vom Uterus, sich gegen den Douglasschen Raum hinziehend, fühlt man einen faustgroßen, prallen Tumor. Die Probepunktion ergibt geruchlosen Eiter. Eröffnung des Abszesses mittels des Landauschen Instrumentes.

30. XII. Anhaltendes Fieber, ohne Störung in den Abflußbedingungen.

6. I. Seit einigen Tagen fieberfrei. Bei Eintritt der Menses leichte Temperatursteigerung.

20. I. Temperatur normal. Patientin steht auf.

29. I. In den letzten Tagen langsamer Temperaturanstieg, heute 38.4°. Rechts von dem Adnextumor ist ein neuer Abszeß entstanden, der mittels Landauschen Instrumentes eröffnet wird.

9. II. Temperatur wieder abgefallen; Patientin hat die Erscheinungen eines unvoll-

kommenen Ileus. außerordentlich heftige, kolikartige Schmerzen; viel Gurren und Rumoren im Leib. Daneben Myokarditis, beschleunigter, irregulärer Puls. Strophanthus. Atropin-Suppositorien.

20. II. Ileuserscheinungen verschwunden. Puls 110—120.

4. III. Herz ruhiger. Adnextumor fast verschwunden.

17. III. Geheilt entlassen. Keine Beschwerden.

II. Frl. E. H., 40 Jahre alt, aufgenommen 13. I. 07. entlassen 6. IV. 07.

Anamnese. Früher niemals krank gewesen, auch keine Schwangerschaft durchgemacht. Seit einiger Zeit in ärztlicher Behandlung wegen Unterleibsbeschwerden. Schließlich wegen Verdachts auf chronische Appendicitis dem Krankenhaus überwiesen.

Status. Fieber 38,5°. Puls 90. Leib etwas aufgetrieben und druckempfindlich, be-

sonders auf der linken Seite. Bei der bimanuellen Untersuchung findet man links neben dem Uterus einen hühnereigroßen, prallen Tumor, der den Eindruck einer Pyosalpinx macht. Die Probepunktion ergibt keinen Eiter. Keine Gonorrhöe.

Verlauf. Da das Fieber mäßig ist, wird von einer Operation Abstand genommen. Der Tumor verkleinert sich allmählich, ebenso läßt das Fieber nach. Am 6. IV. 07 wurde Patientin gesund entlassen, der Adnextumor ist nicht mehr nachzuweisen.

III. Frl. M. S., 16 Jahre alt, aufgenommen 20. IV. 07, entlassen 5. VI. 07.

1. Anamnese. Patientin hatte vor 5 Tagen die Menses: dabei heftige Schmerzen im Unterleib. Vor einem Tag Halsentzündung, gegen Abend Leibschmerzen, hauptsächlich um die Blase herum. Zweimal trat Erbrechen auf.

2. Status. Allgemeinbefinden schlecht. Aussehen etwas verfallen. Temp. 38.4. 39.0. 38.6,

Puls 108. 120. 132—140. Druckschmerz auf der ganzen rechten Seite und links mit Ausnahme von links oben. Leichte Bauchdeckenspannung.

3. Diagnose ante operationem: Appendicitis destructiva. Peritonitis diffusa mit eiterigem Exsudat.

4. Operation. 28 Stunden nach Beginn des Anfalls. Kreuzschnitt. In der Bauchhöhle findet sich reichlicher, dicker, stinkender Eiter, auch im Douglasschen Raum. Die Appendix liegt fast in der Mittellinie, 9 cm lang; ringsum Verwachsungen, die schwer zu lösen sind. Die Appendix ist gangränös, perforiert. Quere Amputation derselben. Tamponade.

5. Verlauf. 22. IV. Bisheriger Verlauf ernst: leichte Auftreibung des Leibes, Aufstoßen, geringe Peristaltik. Einlauf.

25. IV. Gute Peristaltik. Leib weich. In den letzten Tagen Temperaturen bis 39°. Man findet links neben dem Uterus einen gut faust-

großen, unbeweglichen, sich wie eine Pyosalpinx anfühlenden Tumor. Mehrfache Probepunktionen ergeben keinen Eiter. Wunde in gutem Zustand.

6. V. Immer noch hohe Temperatur. Wunde in Ordnung. Adnextumor unverändert. Probepunktion negativ. Häufiges Auftreten von kolikartigen Schmerzen in der Milzgegend.

16. V. Temperatur normal. Wunde fast verheilt. Adnextumor bildet sich zurück.

5. VI. Geheilt entlassen; Tumor fast verschwunden, keine Beschwerden mehr.

IV. Kind E. F., 5 Jahre alt, aufgenommen 17. XI. 08, entlassen 9. I. 09.

I. Anamnese. Kein Anfall vorausgegangen. Plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen in der rechten Unterbauchseite und häufigem Erbrechen.

2. Status praesens. Aussehen ziemlich gut; Temperatur 38,4°. Puls 116—120. Druckschmerz ausgedehnt auf die rechte Bauchseite; etwas Bauchdeckenspannung über dem Mac Burneyschen Punkt. Kein Tumor fühlbar.

3. Diagnose ante operationem: Appendicitis destructiva. Peritonitis diffusa mit trüb-serösem bis eiterigem Exsudat.

4. Operation. 30 Stunden nach Beginn des Anfalls. Kreuzschnitt. In der Bauchhöhle findet sich ziemlich reichliches, dickeiteriges Exsudat, auch im Douglasschen Raum. Appendix ragt nach dem kleinen Becken hinein, ist verwachsen und fibrinös verklebt; an ihrem cökalen Ende sieht sie normal aus, schwillt dann kolbig an; die drei letzten Zentimeter sind gangränös, eine Stelle ist perforiert. An der Spitze ein bohnengroßer Kotstein.

5. Diagnose post operationem: Appendicitis destructiva. Peritonitis diffusa purulenta.

6. Verlauf. Zunächst glatter Heilungsverlauf. Als am 1. XII. die Operationswunde bis auf eine kleine Stelle verheilt ist, treten Schmerzen in der linken Seite und Temperatursteigerung bis 38,4° auf. Über dem linken Ligamentum Poupartii ist eine kleine Resistenz

zu fühlen: da am 12. XII. das Fieber noch anhält. wird eine neue Operation beschlossen.

Status. Man fühlt in der Gegend der linken Tube per rectum einen hühnereigroßen Tumor und bimanuell einen Tumor von Kleinfaustgröße. Die Punktion per rectum ergibt keinen Eiter: es wird angenommen. daß es sich um einen Abszeß im kleinen Becken handelt.

Operation. Pararektaler Schnitt links. Man stößt auf ein Konvolut von Dünndarmschlingen. Man geht zwischen den Därmen und kleinem Becken in die Tiefe und gelangt nun in einen Hohlraum von der Größe einer Walnuß. der mit serös-blutiger Flüssigkeit angefüllt ist. Auf dem Grunde dieser Höhle finden sich die linken Adnexe als ein kleinwalnußgroßer Tumor. speziell die Tube hochgradig geschwollen und hämorrhagisch-ödematös. Tamponade.

Diagnose post operationem: Salpingitis infolge Infektion durch Appendicitis.

Verlauf. In den ersten Tagen noch etwas Fieber. Dann glatte Heilung. Am 9. I. 09 gesund entlassen.

Während leichtere Entzündungen der Tuben in Form eines eitrigen Katarrhs gewiß recht häufig nach Appendicitis vorkommen und wieder vollkommen ausheilen oder Verklebungen in der Umgebung hinterlassen, sind Befunde, wie ich sie hier aus der Rotterschen Klinik mitgeteilt habe, relativ selten. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß während einer appendicitischen Bauchfellentzündung im kleinen Becken sich ein entzündlicher Tumor wie eine Pyosalpinx neben dem Uterus bildet und sehr lange Zeit hindurch Fieber verursacht. Fast immer war daneben ein Douglas-Abszeß vorhanden; gleichzeitig oder etwas später bildete sich der Tubentumor. Durch die Probepunktion vermochte man nur geringe Mengen Eiter oder gar keinen herauszuholen. Es ist in solchen Fällen sehr schwer, aus der bimanu-

ellen Untersuchung herauszufinden, ob es sich um einen zwischen verklebten Darmschlingen gelegenen kleinen Abszeß oder um einen Tubentumor handelt. Der Tumor lag immer so hoch über dem Douglasschen Raum, daß vom hinteren Scheidengewölbe mit Instrumenten schwer beizukommen war. Da die Punktion nur spärlichen oder gar keinen Eiter ergab, wurde in den ersten drei Fällen exspektativ verfahren. Bei dem Fall IV lag der Tumor noch höher als bei den ersten drei, und da hohes Fieber bestand, wurde derselbe von der vorderen Bauchwand durch einen pararektalen linksseitigen Schnitt angegriffen. Hierbei konnte man feststellen, daß es sich um eine hochgradig geschwollene, hämorrhagisch entzündete, fast walnußgroße Tubengeschwulst handelte, um welche ein mit hämorrhagischem Eiter gefüllter, taubeneigroßer Hohlraum sich befand. Die erkrankte Tube sah nicht wie eine gonorrhoische Pyosalpinx aus, das abdominale Ende

war nicht geschlossen, sondern offen. Die Tubenwand war durch die hämorrhagische Entzündung so stark geschwollen, daß der walnußgroße Tumor entstand.

Dieser Operationsbefund veranlaßte Rotter auch die andern drei früher beobachteten Fälle, für welche schon ehedem ein entzündlicher Tubentumor angenommen war, in der gleichen Weise gedeutet zu betrachten.

Klinisch zeichnen sich derartige Erkrankungen durch den sehr langwierigen fieberhaften Verlauf und durch die langsame Resorption des Tumors aus.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Professor Dr. Rotter für die Überlassung dieser Arbeit und Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank aus.

Lebenslauf.

Geboren am 17. November 1870 zu Kiel als Sohn des Marine-Zeug-Leutnants A. Wien, evangelischer Konfession, besuchte ich das Königliche Gymnasium zu Wilhelmshaven, das ich Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte dann in Kiel, Berlin, Erlangen Medizin und erhielt an letztgenannter Universität 1895 die Approbation als Arzt. Nachdem ich meiner Dienstpflicht bei der Kaiserlichen Marine, der ich jetzt als Stabsarzt der Reserve angehöre, genügt hatte, wurde ich Schiffsarzt bei der Hamburg-Amerika-Linie. 1902 ließ ich mich in Garz in der Prignitz als praktischer Arzt nieder, 1905 verzog ich nach Ketschendorf a. Spree.